

операционных осложнений на первом месте стоит перитонит —30%. Летальные исходы у больных с ОКН в 62% случаев также связаны с перитонитом.

Во время хирургического вмешательства по поводу ОКН и разлитого перитонита встает вопрос о выборе метода хирургического пособия, санации брюшной полости и предупреждении пареза кишечника в послеоперационном периоде. В наиболее полной мере это достигается посредством декомпрессии кишки. Однако до настоящего времени не выработана единая тактика как в выборе способа декомпрессии, так и в определении показаний к дренированию кишки. Дренированием кишки достигаются следующие цели: опорожнение и декомпрессия петель кишки от жидкого содержимого и газов; профилактика пареза кишечника в послеоперационном периоде и раннее восстановление перистальтики; создание условий для проведения энтеросорбции или кишечного диализа; создание «каркаса» для кишки с целью предупреждения спаечной кишечной непроходимости; использование кишечного зонда для энтерального питания.

Существует однократная и длительная декомпрессия кишки. В ряде случаев моторная функция кишки может быть восстановлена с помощью однократной декомпрессии. Ее рекомендуется проводить в случаях механической кишечной непроходимости при переполнении проксимальных отделов кишки содержимым и газом, отсутствии разлитого перитонита, при отсутствии грубых морфофункциональных и микроциркуляторных нарушений в стенке кишки, отсутствии спаечного процесса в брюшной полости. Длительная декомпрессия кишки показана при разлитом перитоните в токсической фазе, после резекции кишки в условиях пареза, при ОКН в сочетании с перитонитом.

Поскольку интубация кишки является достаточно травматичной интраоперационной манипуляцией, необходимо придерживаться следующих правил: хирург должен владеть техникой интубации, правильно определять показания и выбирать наиболее эффективный и безопасный способ дренирования; перед выполнением интубации кишки необходимо ввести в корень брыжейки 100-150 мл 0,25% раствора новокаина; продвижение зонда целесообразно осуществлять за счет давления по оси, а не путем ручного протаскивания по просвету кишки; после завершения дренирования тонкая кишка укладывается в брюшную полость в виде пяти-шести горизонтальных петель и сверху покрывается большим салынком.

Для санации брюшной полости при перитоните вводятся дренажи с последующим введением в них антибиотиков на растворе новокаина или антисептиков в зависимости от чувствительности микрофлоры. Наряду с этим проводится дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. Хорошим эффектом обладает внутрисосудистое лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови, лимфосорбция.

Таким образом, в запущенных случаях ОКН с наличием перитонита методом выбора хирургического лечения является устранение препятствия прохождению кишечного содержимого, адекватная декомпрессия кишечника, лечение перитонита и

Казушик В.Л.

## **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С НАЛИЧИЕМ ПЕРИТОНИТА**

/ Минск /

Острая кишечная непроходимость (ОКН) относится к заболеваниям со сложным патогенезом и к трудным для диагностики и выбора правильного способа лечения. В своем развитии ОКН проходит стадии от прекращения пассажа по кишечной трубке до выраженных изменений микроциркуляции в стенке кишки и развития перитонита. 50-70% всех поступивших больных с ОКН подлежат оперативному лечению. Среди после-

обоснованная консервативная терапия в после-  
операционном периоде.